

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**Ambiti carenti straordinari di Assistenza Specialistica in Medicina Pediatrica.**

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29\07\09 PER LA  
DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI  
LIBERA SCELTA**

**PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI  
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 27 BIS AIR/2008**

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI</b> Lungomare Starita n.6 - 70126 BARI			
<b>DISTRETTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>PROVVEDIMENTO</b>
2	MOLFETTA	1 INCARICO	<b>VERBALE CPR del 26/09/2019</b>

Ai sensi del novellato art.33 , co.5, ACN 29.07.2009, possono concorrere al conferimento dell'incarico delle suddette zone carenti straordinarie:

- a) per trasferimento i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno 2 (due) anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. I pediatri di libera scelta già inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, possono concorrere per trasferimento a condizione che siano iscritti in un ambito di scelta di provenienza diverso da quello per il quale concorrono.
- b) per trasferimento i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 4 (quattro) anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n.18 del 14.02.2019;
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione di incarico.

I pediatri di cui alle lett. a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1. Gli stessi dovranno presentare, pena esclusione, dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46- 47 DPR 445/2000, attestante:

- 1) la sussistenza di periodi di sospensione
- 2) la non sussistenza di periodi di sospensione

I pediatri di cui alla lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai criteri riportati al comma 7) lett. a) b) e c) del novellato art. 33.

I pediatri di cui alla lettera d) sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri cui al comma 5, lettere a), b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Si precisa che il calcolo del requisito dell'anzianità (2 o 4 anni) deve intendersi maturato alla data di rilevazione della carenza (07.08.2019)

Gli aspiranti, entro 20 giorni dalla data successiva alla pubblicazione del presente avviso sul BURP, presentano

alla Azienda Sanitaria Locale, competente territorialmente, apposita domanda di assegnazione di incarico per l'ambito territoriale carente pubblicato.

La graduazione delle domande degli aspiranti dovrà essere effettuata in conformità ai criteri di cui al novellato art.33 ACN del 29/07/2009.

Il Funzionario Istruttore  
Dott. De Pascalis Alfredo

**Il Dirigente del Servizio Strategia e  
Governo dell'Assistenza Ospedaliera**  
Dott. Vito CARBONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA  
(PER TRASFERIMENTO)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO
----------------

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, residente nel territorio della Regione Puglia dal \_\_\_\_\_, con incarico in atto c/o ASL \_\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. A) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. B) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

Ambito distrettuale n. \_\_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. A) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 2 (due) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Puglia e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Dichiaro altresì di provenire da un ambito di scelta diverso da quello per il quale si concorre.

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. B) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 4 (quattro) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale,

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33, comma V, lett. A e B ACN 29/07/2009 nonché l'anzianità di incarico di assistenza pediatrica

Allegati n: \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC : \_\_\_\_\_

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA  
(PER GRADUATORIA)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO
----------------

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, residente nel territorio della Regione Puglia dal \_\_\_\_\_, inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valevole per l'anno \_\_\_\_\_ al posto n. \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_, pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.b) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 6 (sei) in quanto residente nell'ambito territoriale dichiarato carente di \_\_\_\_\_ fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico;

- di essere residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.c) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 10 (dieci) in quanto residente nell'ambito della Regione Puglia fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatori regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico,

- di essere residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 33, comma V, lett. c), ACN 29/07/2009.

Allegati n.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC : \_\_\_\_\_

data:

firma per esteso